

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

*for ICD-9-CM*

---

### Publicación trimestral de la Central Office on ICD-9-CM

---

**Volumen 19**  
**Número 1**

**Primer Trimestre**  
**2002**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 15 de marzo de 2002 (sólo en USA<sup>NT</sup>)

#### **Pregunte al Editor**

##### **Pregunta:**

¿Cuál es el orden de diagnósticos adecuado para un paciente que es ingresado por encefalopatía hepática y cirrosis alcohólica? Hay discrepancias entre nuestros codificadores en cuándo la afección fundamental (cirrosis) o la manifestación aguda (encefalopatía hepática) debe ser diagnóstico principal.

##### **Respuesta:**

Asigne el código 572.2, Coma hepático, para la encefalopatía hepática, como diagnóstico principal. Asigne el código 571.2, Cirrosis hepática alcohólica, como diagnóstico secundario. En el caso de cirrosis alcohólica con resultado de encefalopatía hepática, la encefalopatía hepática es una situación de amenaza vital que requiere tratamiento inmediato. Por tanto la encefalopatía hepática debe ser codificada primero. El enfoque del tratamiento apunta generalmente hacia el desencadenante de la encefalopatía, tal como una infección o una gran dosis de alcohol, no a la cirrosis en sí

##### **Pregunta:**

Nuestro grupo desearía conocer el código diagnóstico adecuado para la evaluación de marcapasos por teléfono. Estas evaluaciones se hacen frecuentemente vía telefónica desde el domicilio del paciente. ¿Cómo podría ser codificado?

##### **Respuesta:**

Asigne el código V53.31, Colocación y ajuste de otro dispositivo, dispositivo cardíaco, marcapasos, para la comprobación vía telefónica. Asigne también el código 89.45, Comprobación régimen de marcapasos artificial.

**Pregunta:**

El paciente es un niño de 8 años de edad ingresado con varicela y dolor en pierna izquierda. Se encontró mediante RNM que tenía osteomielitis del peroné izquierdo con absceso subperióstico. Fue sometido a incisión y drenaje (I&D) del absceso subperióstico y curetaje, drenaje y desbridamiento del peroné proximal. En cultivo procedente de la intervención se observan estreptococo grupo A. En el informe diagnóstico final el médico indica “absceso subperióstico de peroné, con osteomielitis aguda postvaricela”. ¿Debería ser la osteomielitis o la varicela (causa fundamental) la que se pondría como diagnóstico principal?

**Respuesta:**

Asigne el código 730.06, Osteomielitis aguda, miembro inferior, como diagnóstico principal. Codifique 052.7, Varicela, con otra complicación especificada y 041.01, Infección bacteriana en afecciones clasificadas en otro sitio, estreptococo, grupo A., como diagnósticos secundarios. Para los procedimientos, asigne el código 77.67, Escisión local de lesión de tejido óseo, tibia y peroné, para el desbridamiento del peroné y codifique 77.17, Otra incisión de hueso sin división para la incisión y drenaje.

**Pregunta:**

La paciente, una mujer de 83 años de edad, se presenta en el servicio de urgencias con dolor torácico junto con ardor retrosternal que parece pirosis. Fue tratada con Mylanta (antiácido a base de hidróxido de magnesio y carbonato cálcico <sup>NT</sup>) con cierta mejora. Sin embargo, tomó nitroglicerina posteriormente que produjo también alivio en el dolor. La paciente tiene un bypass de la arteria coronaria desde 1991 con una historia de enfermedad coronaria y angina en ese tiempo. El protocolo diagnóstico para el infarto de miocardio fue negativo. El tratamiento consistió en Pepcid para el estómago, Mylanta para la pirosis y nitroglicerina para el dolor torácico. El informe diagnóstico final indica “Dolor torácico, no infarto agudo de miocardio - probable angor pectoris versus patología gastrointestinal superior”. ¿Cómo debería ser codificado este caso?

**Respuesta:**

Asigne el código 786.50, Dolor torácico, inespecífico, para este episodio ya que no se ha establecido un diagnóstico definitivo. Las normas para servicios ambulatorios indica “Codifique al mayor grado de certeza para este episodio/visita tales como síntomas, signos, resultados de pruebas anormales, u otras razones de la visita”. (esta norma no es de aplicación en pacientes ingresados <sup>NT</sup>)

**Pregunta:**

Un paciente de 85 años con historia de estenosis aórtica, enfermedad coronaria, reflujo gastroesofágico y estado de byass coronario se presenta en el servicio de urgencias con dolor torácico agudo punzante en el área epigástrica. El paciente refiere que las molestias son diferentes a las experimentadas previamente al infarto de miocardio y se le suministró nitroglicerina sublingual y oxígeno, sin notar mejoría. Se le suministró más tarde Nubain (analgésico narcótico de la familia de los fenantrenos<sup>NT</sup>) y un cóctel gastrointestinal, que proporcionó un alivio del dolor. El protocolo diagnóstico para el infarto agudo de miocardio fue negativo. El médico puso dolor epigástrico como diagnóstico final. Si el médico determina que el dolor torácico ha debido ser de origen gastrointestinal y el paciente tiene una historia de afección gastrointestinal (ej. reflujo gastroesofágico), así como antecedentes o situación actual de medicación gastrointestinal, ¿es apropiado asignar la afección gastrointestinal como diagnóstico principal?

**Respuesta:**

Asigne el código 789.06, Dolor abdominal, epigástrico, en el momento en que el médico determina que el dolor epigástrico fue la razón del contacto y el Índice dirige hacia la asignación de este código. El médico necesitaría documentar que el dolor era debido al reflujo gastroesofágico a fin de asignarlo como diagnóstico principal.

**Pregunta:**

Un paciente de 64 años que tuvo una historia de problemas gastrointestinales fue visto en el servicio de urgencias por dolor torácico atípico y presíncope. La CPK seriada fue negativa y el ECG mostraba ritmo sinusal normal. La situación del paciente mejoró y fue dado de alta de urgencias con Prilosec (Omeprazol<sup>NT</sup>) para prevenir la pirosis y las molestias abdominales. El médico anotó “Dolor torácico con presíncope, con muy probable origen gastrointestinal”. Cuando se encuentra que un dolor torácico de origen no cardíaco y de probable origen gastrointestinal y no se conoce afección gastrointestinal o protocolo diagnóstico, ¿cómo deberíamos codificarlo?

**Respuesta:**

Asigne el código 786.59, Otro dolor torácico, y 780.2, Síncope y colapso. Para este episodio.

**Pregunta:**

Un paciente llega al servicio de urgencias aquejado de dolor torácico. Tras la evaluación, se determina que el dolor torácico no tiene origen cardíaco y el paciente tiene una ansiedad severa. Las normas oficiales de codificación indican que los códigos que describen signos y síntomas son aceptables cuando no se ha establecido un diagnóstico definitivo (confirmado). Solicito una aclaración para determinar qué códigos deben ser asignados en este caso.

**Respuesta:**

Asigne el código 786.59, Otro dolor torácico, y 300.00, Estado de ansiedad no especificado, para esta visita ya que el dolor torácico no forma parte del diagnóstico de ansiedad.

**Pregunta:**

Un niño de cinco semanas fue traído al servicio de urgencias por sus padres por llanto persistente. Los padres estaban ansiosos, porque pensaban que se había equivocado en algo con el niño. Tras el examen del médico no se encontró ningún problema. El médico anotó “ansiedad de los padres” en el diagnóstico de alta. ¿Cómo se podría codificar este contacto?

**Respuesta:**

Asigne V71.9, Observación de afección inespecífica no confirmada, para este contacto. Cuando el niño es menor de 29 días, asigne el código V29.9, Observación de afección inespecífica no confirmada, en lugar del anterior.

**Pregunta:**

El paciente fue ingresado con estenosis carotídea por lo que fue practicada una endarterectomía. El paciente tiene también una historia de diabetes mellitus tipo II. El protocolo diagnóstico incluyó estudios vasculares con hallazgos de aterosclerosis generalizada y enfermedad vascular periférica (esto es, estenosis de arteria femoral, de arteria iliaca y de arteria renal). Cuando se preguntó respecto a la relación entre la enfermedad vascular y la diabetes, el médico indicó que el diagnóstico de diabetes contribuye a la arteriosclerosis. Desde que el médico relaciona la aterosclerosis con la diabetes, ¿debe ser esta afección codificada como 250.70, Diabetes con trastornos circulatorios periféricos?

**Respuesta:**

Asigne el código 433.10, Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, arteria carótida, sin mención de infarto cerebral, como diagnóstico principal. Asigne el código 250.00, Diabetes mellitus, sin mención de complicación, tipo 2 [tipo no insulín-dependiente] [DMNID] [comienzo en adulto] o tipo inespecífico, no referida como incontrolada, como diagnóstico secundario. Codifique así mismo cualquier otro diagnóstico secundario informado.

El médico no indicó la relación causal directa entre diabetes y aterosclerosis. Una indicación previa en *Coding Clinic*, segundo trimestre 1994, página 17, no presupone una relación causal si el médico no la ha establecido. Aunque la diabetes puede contribuir a la afección del paciente, de acuerdo con la historia clínica, el paciente tiene otros factores contribuyentes (ej. abuso de tabaco de dos paquetes diarios, hipertensión, vida sedentaria, antecedentes familiares, etc.).

**Pregunta:**

¿Cómo podría ser codificada la estimulación eléctrica programada no invasiva (NIPS)? Esta prueba se realiza en pacientes que tienen colocado un desfibrilador y se lleva a cabo en el laboratorio de electrofisiología por un cardiólogo. Durante la prueba se induce externamente una arritmia cardiaca para probar la respuesta del desfibrilador. La prueba es no invasiva y es llevada a cabo sin acceder al sistema circulatorio vía vena femoral o braquial. Los codificadores no están a gusto asignando el 37.26, Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro, ya que no es un estudio electrofisiológico típico.

**Respuesta:**

Asigne el código 37.26, Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro, para el NIPS. Aunque la estimulación eléctrica programada no invasiva no es un estudio típico electrofisiológico, sin embargo está fielmente captado con el código 37.26.

La estimulación eléctrica programada no invasiva (NIPS) de un desfibrilador cardioversor automático implantable (AICD) es realizada normalmente en un laboratorio de electrofisiología. Durante la prueba NIPS el paciente es sedado, se induce una fibrilación ventricular, y se monitoriza el umbral de desfibrilación. Se requiere personal experimentado y equipo necesario en el caso de que falle el dispositivo implantado para restablecer el ritmo cardiaco. La información almacenada por el AICD puede ser descargada, comprobar los cables, el estado de la batería y/o recargarla.

**Pregunta:**

¿Cuál es el código de procedimiento adecuado para la evaluación de un cardioversor/desfibrilador automático implantable (AICD) realizado a pie de cama con un ordenador portátil? El *Coding Clinic*, segundo trimestre 1997, página 10, indica que las evaluaciones de los AICD realizados en laboratorio de electrofisiología tienen asignadas el código 37.26, Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro. ¿Es este código igualmente adecuado para la evaluación a pie de cama?

**Respuesta:**

Asigne el código 37.26, Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro, para la evaluación del AICD. El código adecuado depende del procedimiento realizado, no del lugar en donde dicho procedimiento se ha realizado.

Con la evaluación a pie de cama del AICD, se comprueba el umbral marcapasos. Sin embargo el paciente no está en una arritmia que haga peligrar su vida. Durante la evaluación, la información guardada en el AICD puede ser descargada, comprobar los cables, el estado de la batería y/o recargarla.

**Pregunta:**

El paciente se presenta para tratamiento quirúrgico de artritis traumática del hombro, laxitud con desgarro labral (rodete glenoideo <sup>NT</sup>) y bursitis subacromial severa. Debido al fracaso del tratamiento conservador y el dolor persistente en el hombro, el cirujano realizó un desbridamiento artroscópico y reducción labral anterior/inferior electrotérmica. ¿Cuál es el código correcto para la reducción labral por electrotermia (radiofrecuencia)?

**Respuesta:**

El código 81.83, Otra reparación de hombro, debe ser asignado para la reducción labral electrotérmica y desbridamiento artroscópico. Cada una de las partes componentes de la cirugía artroscópica está incluida en el código de la reparación. Asigne el código 716.11, Artropatía traumática, región del hombro, y el código 726.19, Otros trastornos especificados, para la bursitis subacromial.

La inestabilidad y ensanchamiento glenohumeral recurrente de las estructuras capsuloligamentosas es normalmente resultado de traumatismo, laxitud articular o combinación de ambas. La capsulorrafia térmica por radiofrecuencia es realizada para tratar la laxitud articular mediante el tensado de los tejidos del hombro. La técnica usa un componente de calor (también conocido como sonda caliente o sistema térmico), que calienta el tejido a 67 grados centígrados, causando su contracción, la cual actúa después como sostén para el crecimiento del colágeno. El colágeno es la proteína básica fundamental que compone todos los ligamentos.

**Pregunta:**

La paciente es una mujer de 65 años de edad a la que se descubrió una estenosis severa bilateral de las arterias carótidas. El paciente fue sometido a una endarterectomía de la carótida derecha con Doppler transcraneal intraoperatorio. Otro hallazgo operatorio indicado por el cirujano fue placa aterosclerótica con úlcera de la íntima. ¿Podría ser correcta la asignación del código 433.10, Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, arteria carótida, sin mención de infarto cerebral, y del código 447.8, Otros trastornos especificados de arterias y arteriolas, para la estenosis de la arteria carótida con úlcera de la íntima? Si es así, ¿podría ser un caso de doble motivo de admisión y pudiera ser cualquiera de las afecciones codificadas como diagnóstico principal?.

**Respuesta:**

Asigne sólo el código 433.30 (nota de corrección en Coding Clinic, segundo trimestre 2002 p.19 <sup>NT</sup>), Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, múltiple y bilateral, sin mención de infarto cerebral, como diagnóstico principal para la estenosis de la arteria carótida con úlcera de la íntima. Asigne el código 38.12, Endarterectomía, otros vasos de cabeza y cuello, y el código 88.71, Diagnóstico ultrasónico de cabeza y cuello, para los procedimientos realizados. La ulceración de la íntima está incluida en la enfermedad y no debería ser codificada separadamente. Como se indica en las Normas oficiales para codificación y en el ejemplar del *Coding Clinic* del segundo trimestre de 1990, “las afecciones que son parte integral del proceso de la enfermedad no deben ser asignadas como códigos adicionales”. Además, con el fin de mantener la exactitud y consistencia en la codificación, los codificadores deben guiarse por las notas de instrucción. Las siguientes notas de instrucción están listadas en el Índice Alfabético:

### **Úlcera, ulcerada, ulcerante, ulceración, ulcerativa**

Placa arteriosclerótica – *véase* Arteriosclerosis, por sitio

### **Arteriosclerosis, arteriosclerótico**

carotídea (arteria) (común) (interna) (*véase además* Oclusión, arteria carotídea) 433.1

Las placas ateromatosas complicadas representan la fase más avanzada de la lesión aterosclerótica. Las placas ateroscleróticas son consideradas complicadas cuando uno o más de los siguientes cambios ocurren: trombosis; ulceración/fisura de la íntima; necrosis extensa de la íntima o media; calcificación distrófica; hemorragia de la íntima; distensión vascular/debilitamiento; formación de aneurisma; embolia de placas rupturadas o desplazamiento de partes de trombo. La úlcera de una placa aterosclerótica puede ser debida a efectos de tensión en el endotelio debilitado, que es agravado en pacientes hipertensivos; liberación de productos perjudiciales para las células por plaquetas y macrófagos; o efectos nocivos del colesterol.

### **Pregunta:**

¿Cuál es el código correcto para el síndrome de leucemia promielocítica aguda (APL)?

### **Respuesta:**

Asigne el código 205.00, Leucemia mieloide, aguda, sin remisión, para el síndrome de leucemia promielocítica aguda. Este código debe ser encontrado en el Índice de la siguiente manera:

#### **Leucemia**

Promielocítica, aguda 205.0X

La leucemia promielocítica aguda es un subtipo de leucemia mieloide causada por la translocación entre el cromosoma 15 y 17. El gen promielocítico del cromosoma 15 llega a fusionarse con el alfa-receptor del ácido retinoico del cromosoma 17. La leucemia promielocítica aguda está asociada con sangrado agudo. El tratamiento consiste en quimioterapia (arabinosido de citosina y daunorubicina).

**Pregunta:**

Un paciente que requiere soporte ventilatorio fue trasladado a otra instalación y le fue colocado un RespirTech PRO™, ya que la ventilación mecánica no estaba disponible en ese momento. El paciente fue intubado antes del traslado y se usó el RespirTech durante el transporte. ¿Podría ser considerado este dispositivo una ventilación mecánica y ser codificada como tal?. En caso contrario, ¿cuál sería el código correcto?

**Respuesta:**

Sí, el dispositivo debe ser considerado una ventilación mecánica, ya que fue utilizada una intubación endotraqueal. Por consiguiente, asigne el código 96.71, Otra ventilación mecánica continua de menos de 96 horas consecutivas. Cuando el paciente no ha sido intubado y la ventilación se ha realizado con mascarilla el código 93.90, Respiración a presión positiva continua [CPAP], debe ser utilizado. Como se indicó en *Coding Clinic*, tercer trimestre 1998, página 14, “un código de la categoría 96.7 no puede ser asignado cuando no se ha utilizado tubo endotraqueal (intubación) o traqueostomía.

El RespirTech PRO™ proporciona un soporte ventilatorio cíclico a presión constante tanto en modo de control de presión como de soporte de presión. El dispositivo se usa para proporcionar soporte ventilatorio de emergencia con presión de flujo constante a corto plazo. El dispositivo incluye un modulador pulmonar (válvula de exhalación que se abre en el pico de presión inspiratoria (PIP) y se cierra con presión positiva y espiratoria (PEEP), y un conector para suministrar flujo aéreo, entrada adicional de aire y suministra una doble válvula de seguridad.

**Pregunta:**

Un paciente llega al servicio de urgencias en distress respiratorio agudo y es puesto en ventilación con presión de aire positiva con mascarilla. ¿Cómo se debería codificar este dispositivo?

**Respuesta:**

Asigne el código 93.90, Respiración a presión positiva continua [CPAP] para este tipo de ventilación, ya que el paciente no ha sido intubado.



**Pregunta:**

Un paciente fue sometido a una reparación endovascular de aneurisma hace varios meses usando el dispositivo AneuRx. El paciente sufrió una migración de la pata izquierda del injerto con resultado de filtrado al saco aneurismático. El paciente es ingresado actualmente para una ampliación de la reparación endovascular del injerto aórtico. El cirujano realiza la ampliación del injerto aórtico, derivación femoro-femoral y angioplastia mediante balón de aorta y arterias ilíacas. ¿Cuál es el código correcto para la ampliación del injerto aórtico?. Basado en el hecho de que fue llevado a cabo el mismo procedimiento, ¿podría ser usado el código original para la reparación?

**Respuesta:**

Sí, asigne el código de la reparación endovascular original. Por tanto, asigne el código 39.71, Implantación endovascular de injerto de aorta abdominal, para la ampliación de la reparación de injerto de aorta, 39.50, Angioplastia o aterectomía de vaso no coronario, y 39.29, Otra derivación vascular (periférica), para la derivación femoro-femoral. Asigne el código 996.1, Complicación mecánica de otro implante vascular o injerto, como diagnóstico principal, ya que la migración del injerto tuvo como resultado la filtración y expansión del saco aneurismático.

**Pregunta:**

¿Cuál es el código para la terapia INOmax?. INOmax es usado para tratar la hipertensión pulmonar persistente en recién nacidos mejorando la oxigenación.

**Respuesta:**

Asigne el código 93.98, Otro control de la composición y presión atmosférica, para la terapia con INOmax (óxido nítrico / nitrógeno). Cuando es inhalado, INOmax dilata los vasos sanguíneos pulmonares de tal manera que pueden transportar más oxígeno. La oxigenación es mejorada por una redistribución del flujo sanguíneo desde áreas del pulmón con baja ventilación/perfusión hacia regiones con valores normales. INOmax es una mezcla gaseosa de óxido nítrico y nitrógeno. Se hizo una propuesta para crear un código nuevo, que será vigente a partir del 1 de octubre de 2002 (sólo en USA <sup>NT</sup>). Hasta el momento en que se cree el código, asigne el código 93.08 para informar de este tipo de terapia.

**Pregunta:**

Por favor aclare qué código sería correcto para la anemia postparto. La paciente no tuvo anemia durante el embarazo, pero la desarrolló tras el parto.

**Respuesta:**

Asigne el código 648.22, Otra afección actual en la madre clasificable en otro sitio, pero que complica embarazo, nacimiento y puerperio, Anemia, parida, con mención a la complicación postparto. El código 285.9, Anemia inespecífica, debe ser asignado también como diagnóstico secundario. Si es un episodio de cuidado subsiguiente al parto, asigne el cuarto dígito "4", complicación o afección postparto.

**Pregunta:**

La paciente se presenta en el hospital en trabajo de parto. Durante el trabajo de parto y parto le fueron administrados antibióticos vía IV ya que tuvo resultados positivos a estreptococo grupo B durante la exploración antenatal. La madre permaneció hospitalizada 48 horas tras el parto para observación continuada de signos de infección en el niño. Cuando se preguntó al obstetra, indicó que la paciente sólo tenía colonización por estreptococo grupo B y los antibióticos fueron administrados profilácticamente. Por favor aclare cuál debe ser la codificación correcta para una paciente que tiene colonización por estreptococo grupo B durante el embarazo y parto sin complicación.

**Respuesta:**

Asigne el código 648.91, Otra afección actual de la madre, clasificada en otro sitio, pero que complica embarazo, nacimiento o puerperio, el código V02.51, Portador o sospecha de portador de enfermedad infecciosa, estreptococo grupo B, para identificar la mujer embarazada que pare y es portadora de estreptococo grupo B. La colonización por estreptococo del grupo B (portador) no representa necesariamente una infección. Sin embargo, estreptococos del grupo B en el canal vaginal pueden complicar el parto del niño, por lo que las mujeres embarazadas con el estado de portador son consideradas embarazadas de alto riesgo. Esta nota es consecuente con lo previamente publicado en el *Coding Clinic* del tercer trimestre de 1994, página 4, y cuarto trimestre de 1998, páginas 56 a 61.

**Pregunta:**

Los codificadores necesitan una aclaración referente a terapéuticas profilácticas, especialmente la profilaxis con Coumadin (Warfarina sódica<sup>NT</sup>) para la trombosis venosa. Cuando un paciente con historia de trombosis venosa profunda (TVP) en tratamiento con Coumadin para prevenir la recaída es ingresado para el tratamiento de otra afección, ¿debe ser codificada la TVP como diagnóstico adicional?. Muchos codificadores están codificando la TVP como si todavía existiera actualmente, aunque la Coumadin se está administrando sólo como medida preventiva.

**Respuesta:**

Asigne el código V58.61, Uso (actual) de larga duración de anticoagulantes, y el código V12.51, Historia personal de otras enfermedades, aparato circulatorio, trombosis venosa y embolismo, como diagnóstico secundario en un paciente con historia personal de TVP, que recibe profilaxis con Coumadin. Puesto que el paciente ya no tiene TVP, ésta no debe ser codificada.

**Pregunta:**

En algunos casos, los pacientes de alto riesgo por trastornos de la coagulación (ej. postoperatorios de sustitución de articulaciones, pacientes debilitados y/o postrados, etc.) sin historia previa de TVP reciben profilaxis con Coumadin para prevenir la trombosis. El protocolo de tratamiento normalmente consiste en Coumadin subcutáneo para la profilaxis de TVP. Por ejemplo, un paciente es ingresado para rehabilitación a consecuencia de accidente cerebrovascular con hemiparesia izquierda no dominante y recibe profilaxis con Coumadin. ¿Cuál es la codificación adecuada?

**Respuesta:**

Asigne el código V57.89, Otro procedimiento especificado de rehabilitación, como diagnóstico principal. Los códigos 438.22, Efecto tardío de enfermedad cerebrovascular, hemiplejía afectando lado no dominante, y V58.61, Uso (actual) de larga duración de anticoagulantes, deben ser asignados como códigos adicionales.

**Pregunta:**

¿Cuál es el código apropiado para el estado de hipercoagulabilidad?

**Respuesta:**

Asigne el código 289.8, Otra enfermedad especificada de sangre y órganos hematopoyéticos, para el estado de hipercoagulabilidad. El estado de hipercoagulabilidad es una afección en la cual hay un aumento de la tendencia a la coagulación sanguínea, lo cual puede ser demostrado por los depósitos de fibrina en pequeños vasos sanguíneos, y causado por exceso de producción de trombina. El estado de hipercoagulabilidad puede ser debido a varias afecciones, incluyendo predisposición genética a la coagulación. Otras causas incluyen, aunque no están limitadas a las siguientes: medicaciones (estrógenos), período postquirúrgico (especialmente tras procedimientos articulares), embarazo, anticuerpos anticardiolipina, anticuerpos antifosfolípidos en sangre, malignidad, niveles elevados de homocisteína en sangre y deficiencias hereditarias de proteínas (antitrombina III, factor V Leiden, proteína S, proteína C, etc.).

**Pregunta:**

Un paciente de 5 años de edad con enfermedad renal en estadio terminal es ingresado para ajuste bioquímico de electrolitos para disminuir el fluido extravascular previo a la colocación de un catéter de diálisis y la realización de una nefrectomía química usando Indometacina oral. ¿Cómo podríamos codificar la nefrectomía química?

**Respuesta:**

No es necesario un código de procedimiento de la ICD-9-CM para la nefrectomía química con uso de Indometacina. Este es un tratamiento médico con medicación oral y no un procedimiento quirúrgico. La administración de medicación no justifica la asignación de un código de procedimiento.